新型コロナワクチン接種に関する相談用紙

岩手県新型コロナワクチン専門相談コールセンター行き

（ＦＡＸ：０５７０－２０－０８６３）

〇この用紙は、聴覚に障害がある方など、電話でのご相談が難しい方専用です。

〇お返事にお時間をいただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

必要事項を記入していただき、該当する項目の□にチェック（✔）を入れてください

相談日		年　月　日　（　曜日）
相談者	お名前	
	ご住所	
	年代	□10代　□20代　□30代　□40代 □50代　□60代　□70代　□80代以上
	連絡先	FAX：
		メールアドレス：
1．相談したいこと		□　ワクチンの効果について □　ワクチンの身体への影響について □　ワクチン接種後の副反応について □　その他 （　　　　　　　　　　　　）
2．具体的な相談内容		
3．ワクチンについて		□　まだ接種していない □　１回接種した（いつ：　年　月　日） （種類：□ファイザー　□アストラゼネカ　□モデルナ） □　２回接種した（いつ：　年　月　日） （種類：□ファイザー　□アストラゼネカ　□モデルナ）